

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933.

THÈSE

N°

419

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Vera VERJBITSKY

Ancienne Aide-Major

Née le 9 Novembre 1882, en Ukraine (Russie)

**Contribution à l'Etude
des métrorragies essentielles
de la ménopause**

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE, 45

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933.

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Vera VERJBITZKY

Ancienne Aide-Major

Née le 9 Novembre 1882, en Ukraine (Russie)

Contribution à l'Etude des métrorragies essentielles de la ménopause

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE, 45

—
1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET CUNEO. LEIARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. I. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire	{ MAUCLAIRE. MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HAZARD	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphili-
VALLERY-RADOT	[graphie.
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
REITTERER	Histologie
ZIMMERN	Physique

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire ..

FREY
CHAILLEY-BERT
LEDoux-LEBARD
WEIL-HALLE

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.
Éducation physique.
Radiologie clinique.
Pédiatrie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

Souvenirs affectueux.

A LA MÉMOIRE DE MON MARI

PROFESSEUR DR. A. VERJBITZKY

Souvenirs et estime profonds.

A M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

Professeur de la Clinique Chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous fait l'honneur de présider cette
thèse. Son enseignement à la Clinique
de l'Hôpital Saint-Antoine nous a don-
né toute une orientation médicale et
philosophique. Qu'il veuille bien trou-
ver ici l'expression de notre admira-
tion et de notre respect.*

A M. LE PROFESSEUR LEMIERE

*En souvenir de ses brillantes leçons à
l'Hôpital Bichat.*

A. M. LE PROFESSEUR DELBET

*Reconnaissance profonde pour son ensei-
gnement méthodique et sévère et qui nous
donna le goût du travail sérieux.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A M. LE DOCTEUR MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A M. LE DOCTEUR RAVAUT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage respectueux.

A M. LE DOCTEUR MAURICE DEBRAY

Médecin de l'Hôpital Cochin

*Dont l'aide bienveillante m'a permis d'ap-
prendre la « science » de consulter les
malades.*

A MON AMIE SUZANNE CAMPAUX

Affection profonde et reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Dans l'évolution de toute question scientifique, il y a deux phases successives : une phase de certitude, puis une phase de doute. Le doute est engendré par la constatation de nombreuses exceptions à ce qu'on a cru être la règle. C'est ainsi que nous sommes infiniment plus hésitants concernant un grand nombre de problèmes que les quelques générations qui nous précèdent.

Lorsque la chirurgie moderne fut fondée, dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, on a assisté à la naissance d'une nouvelle pathologie chirurgicale dans laquelle tout phénomène morbide était la conséquence d'une lésion anatomique accessible aux moyens chirurgicaux. Or, il a fallu déchanter assez rapidement. A côté de nombreuses maladies dans lesquelles en effet la chirurgie a complètement transformé l'évolution jusqu'alors connue, il en est bien d'autres qui, tantôt bénignes, tantôt, au contraire, très graves, ne sont pas dues à une modification anatomique extirpable ou tout au moins réparable par la chirurgie.

La pathologie chirurgicale classique nous apprend que toute métrorragie survenant au voisinage de la ménopause est due à une tumeur maligne ou bénigne ou tout au moins à une lésion justiciable d'intervention chirurgicale. Cependant, on fut forcé de convenir que dans un certain nombre de

cas la métrorragie apparaît en dehors de toute lésion anatomique grave des organes génitaux. Avoir recours dans ces cas à une hystérectomie serait une mutilation inutile et un risque encore assez grave pour la malade.

Nous pensons que ces métrorragies essentielles (nous sommes bien obligé de les qualifier d'essentiel, faute d'en connaître la cause) sont plus fréquentes encore qu'on ne le croit. Il est du devoir élémentaire de tout médecin, néanmoins, de ne faire ce diagnostic qu'après élimination des autres causes. Nous commencerons par montrer les grandes lignes d'un examen méthodique en vue de l'établissement du diagnostic de métrorragie essentielle (I).

Nous examinerons ensuite les données pathogéniques et anatomo-pathologiques concernant les métrorragies essentielles (II). Nous tracerons un tableau clinique des principaux cas (III) et enfin nous insisterons surtout sur leur traitement, tel que les données modernes permettent de le concevoir (IV). Nous donnerons quelques observations (V) et enfin nous discuterons les résultats de chaque méthode, leurs complications et la mesure dans laquelle ces méthodes modifient l'avenir de ces malades.

CHAPITRE PREMIER

LE DIAGNOSTIC D'UNE MÉTRORRAGIE ESSENTIELLE

« Chez une femme au voisinage de la ménopause et qui a des métrorragies, le premier devoir du médecin est de s'assurer que ces hémorragies ne sont symptomatiques d'aucune lésion gynécologique qui demande à être traitée, ni d'aucune cause d'ordre général ». Voilà ce que dit Cotte très justement et cette phrase nous paraît être le premier grand principe du diagnostic de ces métrorragies.

Il y a deux écueils à éviter, il faut naviguer entre deux erreurs inverses : d'attribuer d'une part les métrorragies à la ménopause et de cette façon les traiter par le mépris et croire d'autre part que toute métrorragie survenant chez une ménopausique est justiciable de l'hystérectomie.

Le seul moyen d'éviter de tomber dans ces erreurs est de pratiquer un examen approfondi de toute femme venant consulter pour une métrorragie de la ménopause.

L'enquête étiologique comprend plusieurs temps dont les essentiels sont les suivants : interrogatoire de la malade, examen gynécologique et examen général. Lorsque ces trois ordres de recherches ont été négatifs et lorsqu'un doute persiste encore, il est indispensable d'avoir recours à des examens instru-

mentaux complémentaires sur lesquels nous reviendrons.

Voici les données de chacune des catégories d'investigations :

1° *Interrogatoire.* — Il est indispensable de connaître les modalités de la métrorragie. S'agit-il d'une perte de sang accidentel ? Est-ce une ménorragie ou une polyménorrhée ? Quel est l'aspect du sang ? Quelle est la quantité perdue ? Quelle est la durée de la métrorragie ? A combien de temps remonte son début ? Telles sont les principales questions auxquelles il faut obtenir une réponse aussi précise que possible.

Il faut connaître également les symptômes qui l'accompagnent : douleurs, pertes blanches, signes généraux comme fatigue, amaigrissement, essoufflement, etc...

Pour pouvoir juger en quelle mesure les manifestations actuelles sont pathologiques, il faut connaître certains faits concernant la vie génitale antérieure de la femme : grossesses, avortements, modalités de la menstruation.

Il faut enfin, en dernier lieu, s'enquérir de la possibilité d'une *syphilis* antérieure. Nous verrons la place importante que cette infection occupe dans l'étiologie des métrorragies de la ménopause.

2° *Examen gynécologique.* — Déjà la palpation abdominale peut orienter vers certains diagnostics : fibrome ou tumeur de l'ovaire.

C'est surtout le toucher vaginal qui pourra révéler un certain nombre de causes dont encore le fibrome et surtout le *cancer* du col de l'utérus. Nous

n'insistons pas ici sur les signes de ces maladies, mais qu'il faut toujours soupçonner. La plus grave erreur que le médecin pourrait commettre serait de passer à côté d'un cancer du col, en attribuant la métrorragie simplement à la ménopause. Le toucher pourra également mettre sur la piste d'un cancer du corps dont le diagnostic est cependant plus difficile. On pourrait sentir un polype dont la nature est toujours suspecte et qui demande à être vérifiée histologiquement.

Un examen au spéculum doit obligatoirement compléter le toucher : il pourra montrer un cancer du col ou un polype difficile à identifier au toucher.

En somme, on voit que l'examen local est le temps le plus important de l'enquête étiologique. C'est lui qui met sur la piste des causes anatomiques les plus importantes de la métrorragie : fibrome, cancer du col, polype. Cet examen local doit toujours être complété par des investigations spéciales lorsque l'une de ces causes est suspectée.

3° *Examen général.* — Nombreuses sont les causes générales qui peuvent déterminer des métrorragies ou qui, tout au moins, peuvent y prédisposer. Aussi, est-il indispensable de pratiquer un examen médical complet.

L'état du cœur et des vaisseaux doit être exploré : l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, les lésions valvulaires, en particulier le rétrécissement mitral, peuvent être la cause de métrorragies. Les lésions aortiques et artérielles qui évoquent l'idée de la syphilis doivent également attirer l'atten-

tion sur la possibilité de la même étiologie pour la métrorragie.

On doit rechercher l'insuffisance hépatique qui, par les modifications sanguines qu'elle détermine, prédispose aux métrorragies. L'insuffisance rénale doit être recherchée également.

Les maladies du sang : hémogénie, leucémie, etc., doivent être suspectées.

L'habitus extérieur de la malade : son embonpoint, sa tendance au pléthore, etc. doivent être notés.

Enfin, nous répétons que la syphilie doit être recherchée par tous les moyens cliniques et sérologiques.

*
* *

Telles sont les investigations auxquelles on doit recourir obligatoirement en présence d'une métrorragie chez une femme au moment de la ménopause. Dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire dans les métrorragies essentielles, tous ces examens doivent être négatifs (à l'exception de ceux qui ont trait à la syphilis, car les métrorragies syphilitiques sont rangées conventionnellement dans les métrorragies essentielles) et alors deux cas peuvent se présenter.

Dans le premier cas, tout semble indiquer que la malade est bien atteinte d'une métrorragie essentielle et alors on institue un traitement.

Dans le deuxième cas, il y a des notes discordantes : mauvais état général, caractère suspect des pertes, âge avancé de la malade, etc. Alors, il est indispensable de faire des examens complémentaires :

biopsie, curetage explorateur, radiographie après injection intrautérine de lipiodol.

Le diagnostic de métrorragie essentielle ne sera fait que lorsque tous ces examens se montreront négatifs.

En somme, à l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic de métrorragie essentielle de la ménopause est essentiellement et nécessairement un *diagnostic d'élimination*. En aucun cas, on ne doit étiqueter une perte de sang d'emblée d'essentielle. Elle ne le devient que lorsque les causes organiques font défaut.

CHAPITRE II

NOTIONS ETIOLOGIQUES, PATHOGENIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Nous avons groupé dans ce chapitre un certain nombre de notions indispensables à connaître pour comprendre la place nosologique des métrorragies essentielles de la ménopause et pour pouvoir les traiter d'une façon rationnelle. Ces notions sont d'ordre étiologique (fréquence, terrain) pathogénique (mécanisme de production) et anatomo-pathologique. Nous les envisagerons successivement.

*
* *

Les idées sont extrêmement divergentes concernant la *fréquence* des métrorragies essentielles de la ménopause. Notons tout d'abord que les métrorragies sont plus fréquentes au moment de la ménopause que pendant toutes les autres périodes de la vie. D'après Gaboriau, 57 p. 100 des métrorragies surviennent pendant la période ménopausique et après la ménopause. Ce qui est bien plus intéressant à connaître c'est la proportion des métrorragies essentielles. C'est là qu'on voit d'énormes différences selon les auteurs qui ont étudié la question. Les uns (Henkel, Muret, etc.) pensent que les mé-

trorragies essentielles sont beaucoup plus fréquentes que celles qui sont symptomatiques; par contre, J.-L. Faure, Tixier et Polosson, Ducuing sont de l'avis diamétralement opposé.

Dans la statistique de Henkel, se portant sur 312 cas, il n'y a eu que 36 cancers, c'est-à-dire même pas 12 p. 100. Les chiffres de Muret concordent avec ceux de Henkel : 13 à 14 p. 100 de cancers dans les métrorragies de la ménopause.

J.-L. Faure dit que dans neuf cas sur dix de métrorragies de la ménopause il s'agit d'un cancer du col ou du corps de l'utérus. Tixier et Polosson sont encore plus absolus dans leur opinion: « Toute femme qui, passé la ménopause a des pertes rouges, est atteinte de cancer du corps si elle n'a pas un cancer du col ». La statistique de Ducuing donne 91 p. 100 de cancers du corps, du col ou de l'ovaire sur 326 malades observées pour métrorragies post-ménopausiques. D'ailleurs cet auteur ne semble pas admettre l'existence des métrorragies essentielles, car dans le 9 p. 100 des cas restants on relève surtout des métrites séniles, des fibromes et des polypes.

Il nous semble que la divergence d'opinion des auteurs est due avant tout à une confusion de mots. Il est certain que lorsqu'on ne compte que les métrorragies qui surviennent au moins un an après la cessation des règles (Albenque), le pourcentage des cancers devient en effet impressionnant. Par contre, parmi les pertes de sang qui se produisent *pendant l'établissement de la ménopause*, les cancers ne sont pas d'une fréquence dépassant les chiffres de Henkel et de Muret.

Y a-t-il un *terrain* favorable à ces métrorragies

essentielles ? Siredey pense que ces troubles surviennent avant tout chez les femmes arthritiques, pléthoriques. Cette constitution ou cette diathèse est en effet fréquemment constatée chez les femmes qui saignent au moment de la ménopause.

Une notion plus importante doit encore être soulignée : celle du rôle étiologique de la *syphilis*. La syphilis utérine a été étudiée par Ozenne, par Forgue et Massabuau, par Mouchotte et enfin par Séjournet. D'après Forgue et Massabuau, « les métrorragies constituent le symptôme capital de la syphilis utérine et qui manque exceptionnellement ». Ozenne a cru trouver un bon signe de syphilis tertiaire de l'utérus par la palpation abdominale. Séjournet insiste sur la nécessité de penser à la syphilis en présence de ces métrorragies, d'autant plus que, comme nous le verrons, le traitement spécifique donne dans ces cas-là d'excellents résultats.



Nous allons rappeler très rapidement les diverses *discussions pathogéniques* auxquelles a donné lieu l'existence de métrorragies purement fonctionnelles comme celles de la ménopause.

La première explication donnée fut celle d'une infection de la muqueuse utérine, d'une *métrite*. Or, les travaux anatomo-pathologiques de Richelot, de Doléris, de Siredey, etc. nous montrent qu'il n'y a pas d'infection dans ces métrorragies et que les modifications de la muqueuse ne sont pas de type inflammatoire.

Les explications, dès lors, sont de plusieurs sortes : modifications de la musculature utérine, de la muqueuse, des vaisseaux, troubles fonctionnels de l'ovaire, troubles nerveux, etc.

L'existence d'un trouble de la contractilité du muscle utérin a permis de créer la notion d'insuffisance utérine, de « metropathie haemorrhagica » d'Aschoff et Pankow, caractérisée par une impossibilité de contraction de l'utérus qui, bien entendu, favorise la persistance de l'hémorragie. Tout ce qu'on peut retenir de cette notion c'est que le muscle lisse de l'utérus est sclérosé et que cette sclérose (qui n'est probablement pas la cause efficiente de la métrorragie) favorise singulièrement les pertes sanguines.

Condamin et Brunat ont décrit des hémorragies par sclérose et sténose du col, créant un « utérus rétentionniste ».

Les modifications de la muqueuse sont connues depuis les travaux de Doléris. Elles consistent en une hyperplasie glandulaire avec transformation déciduale du stroma conjonctif. Il avait semblé à la majorité des auteurs que ces modifications sont sous la dépendance du cycle ovarien. Or, récemment, les travaux de Kreis et Rigaut ont remis la question à l'ordre du jour. Ces auteurs et Vignes avec eux, supposent la possibilité des modifications de la muqueuse indépendamment d'une intervention de l'ovaire. En cas de métrorragies, il s'agirait d'une nécrose sur place empêchant une chute des couches superficielles de la muqueuse et entretenant ainsi l'hémorragie.

Plusieurs auteurs ont décrit des altérations vasculaires dans les métrorragies de la ménopause. Ces

altérations sont le plus souvent de la sclérose ou des petits ectasies artérielles ou veineuses. Il est vraisemblable que la syphilis provoque des métrorragies par l'intermédiaire de ces modifications vasculaires.

L'organe le plus fréquemment incriminé est l'*ovaire*. Nous savons actuellement que par la sécrétion de ses deux hormones antagonistes l'ovaire régit les métamorphoses menstruelles de l'utérus. L'hormone lutéinique prépare la muqueuse utérine à la nidation de l'œuf. Si celui-ci n'est pas fécondé, la folliculine sécrétée au début du cycle suivant fait avorter les phénomènes nidatoires et provoque la menstruation. On peut donc supposer schématiquement que les métrorragies peuvent être dues à une perturbation des sécrétions internes ovariennes : hypersécrétion de folliculine ou insuffisance du corps jaune.

Depuis le travail de Bouilly, plusieurs auteurs (Moulonguet, Brunet, Goutallier, etc.) ont insisté sur la fréquence de lésions ovariennes dans les métrorragies. Le kyste simple de l'ovaire ne semble pas jouer de rôle dans la pathogénie des métrorragies; ce sont surtout les ovaires scléro-hystiques qui en déterminent (Hamant et Mosinger; Douay; Siredey). Récemment, Michon signale des microkystes dans les ovaires des femmes atteintes de métrorragies essentielles de la ménopause. On sait d'ailleurs que la castration chirurgicale ou radiologique fait disparaître la plupart de ces métrorragies.

C'est donc une viciation des fonctions endocrines de l'ovaire qui détermine la grande majorité des métrorragies de la ménopause. Les notions actuelles ne permettent plus de parler d'insuffi-

sance ovarienne d'une façon globale, on connaît toute la complexité des fonctions de cette glande.

Il semble d'ailleurs que d'autres glandes à sécrétion interne puissent intervenir dans la pathogénie de ces troubles : thyroïde, pancréas (nous reviendrons sur l'efficacité de l'insuline dans certaines métrorragies) et surtout hypophyse.

Le mécanisme *nerveux* a été invoqué par Dalché dont l'élève Fabre a individualisé des métrorragies émotives. Dans un autre ordre d'idées, Moulonguet suppose que les lésions ovariennes provoquent des métrorragies par irritation des plexus nerveux utéro-ovariens.

Tels sont les principaux faits pathogéniques actuellement établis en se basant sur des constatations anatomo-pathologiques d'une part et sur des données physiopathologiques d'autre part.

CHAPITRE III

ASPECTS CLINIQUES

Il n'existe guère de description d'ensemble des métrorragies de la ménopause. On connaît assez bien les caractères cliniques des métrorragies du fibrome, du cancer du col, etc., mais il est assez difficile de tracer la description des métrorragies essentielles. Étant donné qu'il s'agit vraisemblablement de troubles dus à des causes diverses, l'aspect clinique est loin d'être univoque.

Nous distinguerons, avec Siredey, deux grands types : la ménorragie et la métrorragie. Nous individualiserons ensuite quelques formes cliniques moins importantes.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit, tout au moins au début, d'une *ménorragie*. C'est une femme entre 40 et 50 ans qui voit ses règles devenir irrégulières : tantôt le flux menstruel s'espace, tantôt, au contraire, il augmente de fréquence. En même temps que des anomalies chronologiques, l'écoulement menstruel devient de plus en plus abondant. Puis les règles se prolongent. Très souvent, la femme est obligée de garder le lit pendant les règles ainsi prolongées et augmentées. Il y a des cas où la femme ne reste guère que dix jours par mois sans perdre du sang. Les caractères de l'hémorragie sont importants à noter : sang rouge, par-

fois mêlé de caillots, sans odeur. La métrorragie peut être précédée ou suivie de pertes blanches, mais ce n'est pas la règle. Un caractère négatif est important à noter : les métrorragies essentielles *ne sont pas provoquées*. On sait que le cancer saigne surtout lorsqu'on y touche, d'où les hémorragies provoquées par les petits traumatismes : toucher, coït, injections, etc.

Les symptômes qui accompagnent la ménorragie sont variables. Très souvent il y a en même temps des douleurs pelviennes ou lombaires, parfois même de la dysurie.

Les signes généraux sont, tout au moins au début et pendant longtemps, nuls. Ces femmes qui ne sont atteintes d'aucune maladie grave supportent bien les hémorragies même très abondantes. A la longue, bien entendu, l'asthénie et l'anémie peuvent accompagner ces ménorragies.

Les données de l'examen local sont essentiellement négatives. En dehors d'une légère augmentation de volume de l'utérus, tout est normal.

Le tableau clinique se présente autrement dans la *métrorragie proprement dite*. C'est une femme à l'âge de la ménopause qui fait subitement en dehors de la période des règles une perte de sang abondante. Les caractères sont encore les mêmes que tout à l'heure : sang rouge avec caillots, pas d'odeur, pas de cause provocante.

Les manifestations fonctionnelles peuvent être nulles. Les signes généraux sont généralement plus accentués ici que dans les ménorragies.

La distinction de formes ménorragiques et métrorragiques ne peut être valable qu'au début. Plus

tard une même malade peut présenter successivement les deux formes. Métrorragie, polyménorrhée, hyperménorrhée peuvent se succéder dans le temps (Cotte). D'après Brunet, l'évolution se ferait par trois stades : ménorrhagie, métrorragie, puis suintement continu avec paroxysmes. En réalité, ce dernier stade est très rare et un suintement continu doit plutôt faire penser au cancer.

Siredey individualise encore deux formes qui sont cependant loin d'être toujours caractéristiques cliniquement : la métrorragie syphilitique et celle de la femme obèse et pléthorique.

La *métrorragie syphilitique* surviendrait chez des femmes le plus souvent stériles. Les caractères de l'écoulement sanguin n'ont rien de particulier, mais l'utérus est gros, dur, plus ou moins déformé, en forme de pomme. Aucun traitement n'aurait de prise sur ces métrorragies en dehors du traitement spécifique (Séjournet). Ajoutons enfin la douleur du fond utérin décrite par Ozenne.

La métrorragie des obsèses et pléthoriques se caractérise par une remarquable conservation de l'état général, malgré une quantité considérable de sang perdu. On trouve parfois un utérus gros, sclérosé, surtout chez les multipares. Il y a fréquente coexistence de varices, de scléroses artérielles, d'accès de goutte ou de rhumatisme chronique. On retrouve souvent dans l'anamnèse des fautes d'hygiène alimentaire ou autre.

Nous avons essayé de schématiser les aspects cliniques de ces métrorragies. En réalité, les choses sont plus complexes et il y a autant de types que de malades. Les observations relatées plus bas en témoigneront d'ailleurs.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Après avoir discuté, selon un grand nombre de points de vue, l'autonomie et la nature même des métrorragies de la ménopause, nous pouvons aborder le problème thérapeutique, de loin le plus important. Quoique ces métrorragies soient de pronostic essentiellement favorable, il est néanmoins indispensable de les traiter. Par leur répétition et leur abondance, elles finissent par fatiguer et anémier la malade. Il faut donc insister sur le fait que les métrorragies même « bénignes » de la ménopause doivent être traitées sérieusement. D'ailleurs, sauf dans les cas tout à fait légers, les malades elles-mêmes réclament la mise en œuvre d'une méthode thérapeutique. Cela non tant à cause de la gravité présumée de la maladie, mais à cause de son caractère ennuyeux et démoralisant, empêchant les malades de vaquer à leurs occupations. Il est à remarquer, d'une façon générale, que les malades sont toujours plus impressionnées par la douleur ou un symptôme pénible ou incommode que par un caractère de gravité. C'est ainsi qu'on verra plus souvent venir consulter des femmes pour les métrorragies bénignes mais abondantes de la ménopause que par le petit suintement sanguin du cancer du col.

Nous envisagerons pour le traitement des mé-

trorragies essentielles successivement les méthodes suivantes : hygiène et cure thermale, traitement médicamenteux, traitement local, traitement physiothérapique.

a) *Hygiène et cures thermales*

On perd souvent de vue qu'une bonne hygiène alimentaire et générale est la base de tout traitement gynécologique. Cette hygiène doit s'inspirer du syndrome à traiter comme également du tempérament de chaque malade.

Voilà les principaux préceptes hygiéniques à faire observer aux femmes qui se plaignent de métrorragies de la ménopause :

Au point de vue alimentaire : régime léger avec abstention de tout irritant et d'excitant. Défendre les aliments épicés, faisandés, le café, le thé et faire modérer la consommation de vin, des fromages fermentés et d'une façon générale tout ce qui peut provoquer une congestion abdominale ou pelvienne. Les repas copieux seront avantageusement remplacés par plusieurs petits repas. Afin de diminuer les chances de la congestion du bassin, il convient de combattre la constipation, mais avec des moyens doux, car une purgation violente peut provoquer une métrorragie abondante. Ecarter toute cause excitante pouvant provoquer une hyperémie des organes génitaux.

Au point de vue de l'exercice, il faut être modéré. Les fatigues exagérées doivent être évitées, aussi bien qu'une vie par trop sédentaire. Siredey pense que l'abus de l'automobile joue un rôle par-

ticulièrement important dans l'étiologie des métrorragies.

Lorsqu'une obésité ou un simple pléthore se surajoutent aux métrorragies, le régime doit être plus sévère avec des restrictions alimentaires. D'une façon générale, on doit faire garder le lit aux malades pendant les pertes. Lorsque celles-ci sont abondantes, on fera prendre au lit une position surélevée aux organes pelviens, la tête étant en bas.

Au point de vue climatique, on défendra le séjour aux grandes altitudes où la dépression atmosphérique favorise les hémorragies. Le climat marin est également peu recommandé surtout lorsqu'il est trop tonique comme sur les côtes normandes et bretonnes.

Certaines cures thermales peuvent rendre les plus grands services. Selon les troubles associés on conseillera Royat, Bourbon-Lancy, Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins-Jura, Salins-Moutiers, Brides-les-Bains, etc...

b) *Traitement médicamenteux*

Sous cette rubrique on confond aussi bien les agents de thérapeutique purement symptomatiques que les traitements qui agissent sur l'étiologie de la maladie. Schématiquement, nous distinguerons successivement des médications coagulant et vasoconstrictives (en un mot hémostatiques), des traitements opothérapiques et des traitements spécifiques.

La médication *hémostatique* est très souvent mise en œuvre. Le premier souci du médecin est, en

effet, d'arrêter l'hémorragie surtout lorsque celle-ci est tant soit peu abondante. Ce n'est qu'après que l'on songera à instituer un traitement causal, nécessairement de plus longue haleine. Nous ne parlerons ici que des traitements hémostatiques généraux, nous réserverons l'hémostase locale, même médicamenteuse, pour un chapitre ultérieur.

Une des plus vieilles méthodes de l'hémostase utérine est l'administration d'*ergotine*. On donne tantôt par la bouche une potion contenant un extrait d'ergot de seigle. On fait prendre une petite dose plusieurs fois par jour. Par exemple, comme le recommande Dalché :

Ergotine 0 gr.10

Sulfate de quinine 0 gr.02

Digitale pulvérisée 0 gr.01

Coca pulvérisé Q. S.

pour une pilule, en prendre cinq par jour.

Ou bien on prescrira des injections sous-cutanées d'Ergotine jusqu'à 1 gr. par 24 heures.

La *stypticine* ou chlorhydrate de cotarnine est moins souvent employée. On en donne vingt à trente centigrammes par la bouche.

La *tyramine*, base dérivée de l'adrénaline, n'est guère utilisée en France contre les hémorragies utérines.

Le *tartrate d'ergotamine*, qui est le principal alcaloïde retiré de l'ergot de seigle, semble agir bien plus sur la musculature utérine que sur les vaisseaux. Son emploi a assez peu d'intérêt dans les métrorragies de la ménopause.

L'*hydrastis*, l'*hamamélis* et d'autres décongestifs pelviens ne peuvent guère constituer un traite-

ment hémostatique énergique. On en donnera plutôt dans l'intervalle des hémorragies.

Le *chlorure de calcium*, administré par la bouche (2 à 4 grammes par jour) ou en injection intraveineuse, semble donner d'assez bons résultats. Le traitement véritablement héroïque des hémorragies utérines profuses est le *citrate de soude* intraveineux (Maurice Renaud) donné en solution à 30 p. cent avec un peu de chlorure de magnésium.

Mentionnons encore l'*émétine* en injections sous-cutanées (deux centigrammes trois fois par jour), les *sérums antihémorragiques* (type Anthéma), les préparations de *pectine* par la bouche, etc...

Malgré l'activité indiscutable de la plupart de ces médicaments, ils ne pourront guère avoir raison des hémorragies importantes qui relèvent alors soit de l'extrait d'hypophyse, soit des procédés locaux.

Les *traitements opothérapiques* sont de plusieurs sortes : les uns constituent une sorte de traitement de base à prétentions étiologiques, les autres et les non moins actifs sont au contraire des médicaments symptomatiques.

Nous ne pensons pas que l'*opothérapie ovarienne* puisse actuellement rendre service dans le traitement des métrorragies de la ménopause. Bien au contraire, on prétend que certaines de ces hémorragies sont apparues à la suite d'une opothérapie ovarienne intensive et intempestive (Siredey). Cela est d'ailleurs tout à fait compréhensible. La folliculine sécrétée en abondance et non freinée par la déficience du corps jaune est vraisemblablement un des facteurs pathogéniques de ces métrorragies. C'est peut-être encore une bonne préparation de

corps jaune (si nous en avons) qui pourrait constituer un traitement pathogénique de certaines métrorragies. Il en est de même du prolan B du lobe antérieur de l'hypophyse qui, comme on sait, possède une action lutéinisante. D'une façon générale, il vaut mieux s'abstenir d'une opothérapie ovarienne aussi bien sous la forme globale que sous forme de folliculine.

L'opothérapie thyroïdienne aurait donné quelques résultats à Martindale. L'action de l'insuline a été signalée par Condamin et Brunat, quoique les résultats, d'après ces auteurs, sont beaucoup moins nets aux environs de la ménopause que chez les femmes jeunes.

Il y a lieu d'insister sur l'*extrait de lobe postérieur de l'hypophyse*. Il semble que par son action élective sur l'utérus, la contraction de la musculature lisse qu'il détermine, son effet vasoconstricteur, son action coagulante sur le sang et peut-être aussi l'inhibition ovarienne qu'il détermine en fassent un médicament de choix dans ces métrorragies. Nous montrerons plus loin dans deux observations personnelles l'effet rapide et sûr que l'injection de post-hypophyse possède dans certains de ces cas.

Parmi les *traitements spécifiques*, nous ne pouvons parler du traitement antisypilitique. Nous n'avons guère trouvé dans la littérature des indications qui concernent la conduite de la cure antisypilitique dans les syphilis utérines, mais il nous semble que c'est le *mercure*, le *bismuth* et aussi l'*iode* qui doivent dominer. L'arsenic ne peut trouver ses indications qu'au bout de plusieurs cures d'autres préparations et lorsque les lésions résistent.

c) *Traitements locaux*

Nous ne pensons pas qu'on doive étendre démesurément les indications des procédés locaux dans le traitement des métrorragies de la ménopause. D'ailleurs ces interventions locales vont des simples manœuvres hémostatiques jusqu'à l'hystérectomie totale. Examinons-les rapidement, en allant des plus bénignes aux plus graves.

L'injection chaude et le tamponnement vaginal restent indiscutablement d'excellents moyens pour arrêter momentanément une métrorragie. Il en est de même des tamponnements à l'antipyrine ou au perchlorure de fer. Le curetage sera tout à fait exceptionnellement indiqué dans les métrorragies bénignes de la ménopause. Ce n'est que dans quelques cas étiquetés métrite sénile et sortant de notre sujet qu'il peut amener la cessation de l'hémorragie.

D'après Condamin et Brunat, la dilatation du col peut amener à guérir certaines métrorragies dues à une stéose d'un col sclérosé.

Nous insistons peu sur les véritables interventions chirurgicales. La ligature des vaisseaux utéro-ovariens n'est indiquée que tout à fait exceptionnellement et on ne la pratique plus guère. La castration a semblé autrefois un excellent moyen pour arrêter les métrorragies de la ménopause. Or, comme nous le verrons dans un instant, les procédés de castration non chirurgicale donnent des résultats supérieurs à moins de risques.

Enfin, en ce qui concerne l'hystérectomie, elle ne peut être indiquée que lorsqu'il y a une suspicion de lésions organiques graves.

d) *Procédés physiques*

Nous n'insistons pas sur la diathermie, l'ionisation calcique, les bains carbo-gazeux, etc., qui n'ont donné jusqu'ici aucune preuve de leur activité. Nous sommes surtout en présence de deux procédés dont les résultats sont éprouvés : la radiothérapie et la curiethérapie.

Leur mode d'action reste encore assez mystérieux. Une chose est certaine, c'est qu'il s'agit avant tout d'une action stérilisante sur l'ovaire qui fait cesser les désordres de sa sécrétion interne, cause vraisemblablement importante, sinon unique de ces métrorragies. En dehors de cette action de castration, il y a peut-être une action directe sur la muqueuse utérine et une action hémostatique, surtout pour le radium (Brunet).

La *radiothérapie* a été instituée pour la première fois par Bécclère. Actuellement, la technique en est bien réglée. Une dose totale de 15.000 à 16.000 R est suffisante pour la castration radiologique. Cette dose est administrée par petites irradiations de 500 R chacune. On commence par 300, puis on monte rapidement à 500. On commence par la voie antérieure, puis on alterne la voie antérieure et la voie sacrée. On évite ainsi à coup sûr les radiodermites. Dans les observations que nous donnons plus bas, aucun accident n'a été observé. D'après Bécclère, si l'action des rayons ne se fait pas sentir dès les quatre premières séances, il y a lieu de reviser le diagnostic. On fait généralement deux séances par semaine et on sur-

veille la malade au point de vue de l'établissement des signes de la castration : bouffées de chaleur, troubles nerveux et psychiques, etc.

Les contreindications de la radiothérapie sont minimales : grossesse bien entendu, réactions inflammatoires de l'utérus ou des annexes et enfin une anémie trop prononcée. Klein a montré que les rayons X n'améliorent pas l'anémie, ils l'aggravent au contraire. Pour Sellheim, malgré les rayons, les risques d'une hémorragie grave persisteraient. Nous n'avons jamais vu signaler cette éventualité.

D'après Martindale, il y aurait intérêt à commencer le traitement radiologique au milieu des règles, au moment de la maturation du follicule. Le follicule jeune est plus sensible aux rayons que le follicule mûr.

Le *radium* a vraisemblablement la même signification que les rayons X. D'après Brunet, la curiethérapie aurait des avantages sur la radiothérapie, par son action hémostatique, la plus grande facilité de son application. On fait des applications intra-utérines de 50 à 75 unités de Ra élément.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Mme Br..., âgée de 44 ans, est envoyée pour ménorragies très abondantes, anémiantes. Il s'agit soit d'une métrorragie de la ménopause, soit d'un petit fibrome sous-muqueux.

La malade se plaint de fatigue, d'asthénie, on constate sa pâleur.

On fait 12 séances de radiothérapie de 400 à 600 R, pendant 25 minutes à chaque fois. Les séances sont séparées d'un intervalle de quatre jours. L'irradiation est au début antérieure, puis sacrée.

Au bout de 12 séances, les pertes se sont arrêtées, plus de bouffées de chaleur, mais on craint la survenue de troubles nerveux de la ménopause.

Revue au bout de deux ans, la malade annonce qu'elle n'a plus revu ses règles et n'a eu aucune perte ni de troubles nerveux.

Observation n° 2

Mme Lec..., 51 ans, a été opérée par le professeur Tuffier, en 1925, pour un kyste hématique inclus dans le ligament large. On a pratiqué l'ablation d'une trompe et l'énucléation de quatre petits

fibromes utérins. Pendant les mois qui suivirent l'opération, les règles furent normales. Quatre mois après, ont débuté les règles abondantes et prolongées, précédées d'un suintement rosé.

Depuis cette époque, elle perd à peu près constamment. Il semble s'agir, d'après Tuffier, de métrorragies de la ménopause. Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

On fait 16 séances de radiothérapie de 500 R du 20 février au 8 juin 1926. Les pertes semblent cesser dès les premières séances, mais reprennent au moment des règles. Au mois d'avril, elles semblent disparaître définitivement. Par contre, bouffées de chaleur abondantes et une hydorrhée gênante font apparition qui persistent encore à la fin du traitement radiothérapique.

Observation n° 3

Mme Mac..., âgée de 47 ans, souffre du ventre depuis deux ans environ. Les pertes vont en augmentant d'abondance et de durée. Depuis trois semaines, elle perd abondamment et constamment. On a fait le diagnostic de fibromatose généralisée.

L'abdomen est indolore, les culs-de-sac sont libres, l'utérus de volume normal.

Le 18 juin 1929, on commence une série de séances de radiothérapie, selon la technique habituelle. Le 19 août, on cesse le traitement, la malade partant en vacances.

Revue le 29 octobre 1929, elle ne perd plus. Elle a eu entre temps une néphrite grave.

Observation n° 4

Mme Bou..., âgée de 50 ans. Il y a deux ans, la malade a eu une cessation de ses règles pendant deux mois et depuis cette époque elle fait une grosse perte à des intervalles irréguliers. La malade se plaint de fatigues, mais l'état général est bon.

Le toucher vaginal montre un utérus un peu augmenté de volume. Annexes difficiles à percevoir, obésité.

On fait 13 séances de radiothérapie entre le 27 octobre 1929 et le 12 février 1930. Les pertes se sont arrêtées dès les premières séances d'une façon définitive, mais des bouffées de chaleur et de l'énervement indiquent la cessation du traitement.

Observation n° 5

Mme Gra..., âgée de 52 ans, vient pour métrorragies depuis deux ans. Au moment des règles, nécessité de s'aliter, tendance aux syncopes.

Au toucher, utérus faiblement augmenté de volume.

Douze séances de radiothérapie. Au cours du traitement les règles diminuaient de plus en plus. Au bout de trois mois, cessation complète, mais troubles nerveux de la ménopause : bouffées de chaleur, insomnie, etc...

Observation n° 6

Mme Gir..., 50 ans, se plaint de règles irrégulières depuis 3 ou 4 ans : abondance anormale pendant un ou deux mois, puis absence, etc.

Au toucher : utérus indolore, mais un peu augmenté de volume.

Quatorze séances de radiothérapie, selon technique habituelle. Pendant le traitement, règles régulières et très peu abondantes. On cesse les séances de rayons, car bouffées de chaleur.

Observation n° 7

Mme Fil..., âgée de 54 ans, a cessé d'être réglée il y a un an. Il y a un mois, reprise des pertes de sang qui durent continuellement depuis cette époque.

Quinze séances de radiothérapie selon technique habituelle. L'hémorragie s'arrête au bout de quatre séances (dont deux se sont accompagnées d'irradiation de la rate). Une nouvelle reprise des pertes après la huitième séance, puis guérison définitive.

Revue un an après, n'a plus jamais eu de pertes. L'état général est excellent.

Observation n° 8

Mme Dav..., âgée de 52 ans, vient pour métrorragies. Le toucher montre un utérus fibromateux, peu augmenté de volume dans son ensemble.

Douze séances de radiothérapie, avec une interruption de trois mois. Pertes arrêtées dès les cinq premières séances.

Bouffées de chaleur très gênantes.

Revue trois ans après, se trouve en excellente santé, n'a jamais reperdu depuis.

Observation n° 9

Mme Sal..., âgée de 50 ans. Pertes de sang mensuelles très abondantes depuis cinq ans. Depuis dix mois, perd vingt jours par mois.

L'examen abdominal et le toucher ne révèlent rien d'anormal.

Quinze séance de radiothérapie. Ne perd plus au bout de la sixième séance. Quatre mois après le début du traitement, n'a plus perdu, se sent très bien. Pas de bouffées de chaleur, pas d'augmentation de poids.

Observation n° 10

Mme Nic..., 45 ans, a eu une première règle abondante et prolongée il y a deux ans. Depuis cette

époque, règles irrégulières et hémorragies fréquentes, nécessitant repos au lit. Depuis trois mois n'a pas cessé de perdre.

Toucher montre un col un peu dur et l'utérus légèrement augmenté de volume.

Quatorze séances de radiothérapie. Cesse de perdre au bout de neuf séances.

Observation n° 11

Mme Leg..., 50 ans, se plaint de règles durant 6 ou 9 jours, depuis deux ou trois ans, alors qu'autrefois elles duraient 5 à 6 jours. Surtout, depuis un mois, pertes presque continuelles, entraînant pâleur, asthénie, vertiges.

Toucher : utérus augmenté de volume, col dur.

Début du traitement le 19 mai 1924. Au bout de neuf séances, perd encore abondamment. Le toucher montre, à ce moment-là, le 17 juin, une masse légèrement douloureuse, multilobée, du volume d'un petit melon, à droite, qu'on interprète comme un fibrome. Cependant l'état général s'améliore considérablement.

Reprise du traitement : 9 séances.

Revue trois ans, puis six ans après, la malade n'a plus reperdu et son état général est tout à fait satisfaisant.

Observation n° 12

Mme Gab..., 45 ans, se plaint de règles durant 8 à 15 jours, depuis deux ans. Antécédents de métrite et d'une opération pour fibrome (?).

La palpation et le toucher ne montrent rien d'anormal.

Onze séances de radiothérapie. Les pertes disparaissent dès la neuvième. Revue six mois après la cessation du traitement, n'a plus eu de pertes, le toucher ne révèle rien d'anormal.

Observation n° 13

Mme Dur..., âgée de 48 ans, se plaint de pertes rouges irrégulières depuis six mois. Récemment, elle a perdu continuellement pendant quinze jours.

Le toucher révèle un utérus un peu gros, mais régulier.

Quinze séances de radiothérapie; arrêt de la métrorragie au bout de neuf séances. Quelques bouffées de chaleur, mais supportables.

Revue trois mois après : très bon état.

Observation n° 14

Mme Aub..., âgée de 55 ans, a des règles prolongées depuis l'âge de 30 ans. Même état continu,

malgré un curetage pratiqué il y a 25 ans. Elle a été réglée pendant quinze jours à chaque fois. Depuis dix-huit mois, elle perd moins souvent, mais en quantité très abondante, nécessitant repos au lit et ergotine.

Le toucher montre un utérus fibromateux.

Quatorze séances de radiothérapie; pertes s'arrêtent dès la cinquième. Revue six mois après le début du traitement : va très bien.

Observation n° 15

Mme Cop..., âgée de 46 ans, se plaint d'avoir des règles de plus en plus abondantes depuis quatre ans. Dernièrement, elle a perdu beaucoup durant trois semaines.

Le toucher montre un utérus très légèrement augmenté de volume.

Quinze séances de radiothérapie. Les pertes vont en diminuant jusqu'à la fin du traitement.

Revue trois ans après : n'a plus jamais eu de pertes, excellent état.

Observation n° 16

Mme Coq..., 48 ans, a eu un curetage pour métrorragie il y a douze ans. Depuis six mois, a vu ses règles trois fois, avec une abondance insolite.

L'examen montre un utérus un peu gros.

Treize séances de radiothérapie, arrêt des pertes après la huitième.

Revue un an après : guérison persistante.

Observation n° 17

Mme Wi..., 54 ans, vient pour métrorragies, s'accompagnant d'un utérus augmenté de volume et retroversé.

Une série de seize séances de radiothérapie du 13 janvier 1928 au 15 février.

Revue le 16 avril : n'a plus reperdu depuis le traitement. Se plaint de bouffées de chaleur et de bourdonnements d'oreille.

Observation n° 18

Mlle Gué..., 47 ans, vient pour métrorragies abondantes avec anémie. L'utérus est de volume normal, mais le cul-de-sac droit est saillant.

Une série de dix séances de radiothérapie du 22 mai au 22 juin 1929. Revue au mois d'août, ne perd plus, mais bouffées de chaleur. Utérus de volume normal.

Observation n° 19

Mme Bra..., consulte pour une métrorragie abondante survenue un an après la ménopause.

L'examen local ne montre aucune lésion. Un curetage pratiqué dans un but diagnostique et thérapeutique ne montre rien et ne donne aucune amélioration.

On pratique une injection sous-cutanée de $\frac{1}{4}$ cc. d'extrait de post-hypophyse que l'on répète tous les deux jours. En tout, on a fait trois injections. L'hémorragie a cessé et la malade n'a pas perdu dans les mois suivants.

Observation n° 20

Mme Ant..., consulte pour ménorragies abondantes et prolongées. Ni l'examen local ni l'examen général ne montrent la cause des pertes.

On fait trois injections d'hypophyse à la dose de $\frac{1}{4}$ de cc. chaque et la métrorragie s'arrête définitivement.

Il est intéressant à noter que cette malade — qui était tuberculeuse — a fait trois ans après les ménorragies une hémoptisie très abondante qui a été immédiatement jugulée par une seule injection intraveineuse de post-hypophyse.

CHAPITRE V

SUITES THERAPEUTIQUES

Nous avons dit que les métrorragies de la ménopause étaient essentiellement bénignes. La grande majorité d'entre elles guériraient sans aucun doute au bout de plusieurs mois, tout au plus de un an à un an et demi. Cette guérison serait obtenue au prix d'une existence fort pénible et une dépression générale qu'entraînerait fatalement l'abondance et la fréquence des pertes de sang. Dans certains cas même, on pourrait craindre pour la vie de la malade facilement emportée par une grande hémorragie.

Il n'est donc pas douteux que le traitement modifie considérablement l'évolution de ces métrorragies. Il en abrège la durée, en diminue l'abondance et prévient les complications possibles.

C'est dans cet ordre d'idées qu'on a pu adresser des reproches au traitement radiothérapique au bénéfice du traitement chirurgical. Evidemment, l'intervention chirurgicale est très séduisante. La guérison est immédiate et tous les risques de récurrence sont écartés. En même temps, on prévient la possibilité d'une tumeur maligne qui peut se développer sur l'utérus.

La radiothérapie apporte certainement une guérison moins rapide et souvent moins définitive; tout

en ne mettant pas à l'abri des possibilités de cancer. Cependant, il convient de mettre dans la balance les risques malgré tout assez importants que court la malade en montant sur la table d'opération, en face des risques nuls de la radiothérapie.

Les métrorragies de la ménopause ne sont qu'un accident dans la vie d'une femme. Il est peut-être un peu exagéré de lui infliger une mutilation grave et définitive, comme une hystérectomie.

Les méthodes médicales et la radiothérapie donnent actuellement des résultats tout à fait satisfaisants dans tous les cas où la nature fonctionnelle de l'hémorragie a été démontrée avec suffisamment de certitude. Parmi les moyens médicaux, la plupart apportent un soulagement momentané, certains même (extrait de lobe postérieur d'hypophyse) une guérison définitive. La radiothérapie, elle, comme on peut en juger d'après les observations reproduites plus haut, guérit radicalement les métrorragies en annihilant les troubles de la sécrétion interne de l'ovaire. Il semble bien que la cause essentielle de ces métrorragies est le dérèglement de l'ovaire endocrine, dérèglement qui précède sa mise au repos définitive. La radiothérapie, en hâtant cette mise au repos, raccourcit la *période trouble*. Elle constitue en quelque sorte un procédé physiologique.

D'après les observations, on voit que la suite habituelle du traitement est l'installation définitive de la ménopause montrant l'inhibition complète de l'ovaire. Il n'y a aucun accident. Il y a quelques troubles de la ménopause qui sont cependant tout à fait supportables et qu'on pourra faire cesser ultérieurement par une opothérapie ovarienne prudente.

D'un point de vue social, il y a des arguments

pour et contre le traitement conservateur. Il y a le fait que la radiothérapie est plus accessible aux classes pauvres que le traitement chirurgical. Il y a d'autre part que la lutte contre le cancer indiquerait une chirurgie préventive des tumeurs malignes. Nous ne pensons cependant pas que la crainte d'un cancer suffise pour faire pratiquer l'hystérectomie dans des cas où un traitement moins dangereux et aussi efficace suffit pour guérir la malade.

CONCLUSIONS

1° Toute perte de sang anormale survenant pendant et après la période de la ménopause doit faire penser à une tumeur maligne. On doit mettre en œuvre tous les moyens d'investigation pour rechercher une cause organique de ces métrorragies. Ce n'est que par élimination, après des examens soigneux, qu'on a droit de poser le diagnostic d'hémorragie essentielle.

2° La fréquence des métrorragies essentielles diminue avec l'âge. Alors qu'elles sont plus fréquentes que les métrorragies organiques pendant l'établissement de la ménopause, elles sont exceptionnelles chez les femmes ayant été longtemps aménorrhéiques.

3° C'est avant tout un dysfonctionnement de l'ovaire qui doit être rendu responsable de ces métrorragies. Le dysfonctionnement semble consister en une hypersécrétion de folliculine ou une insuffisance du corps jaune. Au point de vue étiologique, il importe d'insister sur le rôle de la syphilis.

4° Parmi les moyens médicamenteux, la plupart ne possèdent qu'une action purement symptomatique dans les métrorragies essentielles. Ils agissent en provoquant une hémostase médicale par augmentation de la coagulabilité du sang, par vasoconstriction ou par augmentation de tonicité du muscle utérin. L'extrait de lobe postérieur de l'hy-

pophyse paraît être le plus important de ces agents médicamenteux.

5° Le traitement de choix des métrorragies essentielles de la ménopause paraît être actuellement la radiothérapie. Selon la technique aujourd'hui bien réglée, on n'observe aucun accident et les hémorragies cessent dès les premières séances. Les rayons X semblent agir en hâtant l'établissement définitif de la ménopause et en abrégant la période de dysfonctionnement ovarienne qui précède cet établissement.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD

Vu : *Le Président*,
GRÉGOIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ALBENQUE. — Le diagnostic des métrorragies post-ménopausiques. (Toulouse-Méd., 15 août 1932).
- BOUILLY. — Les métrorragies d'origine ovarienne. (La Gynécologie, 1899).
- BRUNET A. — Contribution à l'étude des métrorragies d'origine ovarienne. Th. Montpellier, 1927.
- CONDAMIN et BRUNAT. — A propos du diagnostic et du traitement des hémorragies utérines. (Lyon-Méd., 19 et 26 janvier 1930).
- COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Paris, 1931.
- DALCHE. — Métrorragies et syphilis. (Bull. Méd. 1906, p. 591).
- DOUAY. — (J. des Praticiens, 31 mars 1928).
- DOUAY. — (Bull. Soc. Obst. et Gyn., mai 1930).
- DUGUING. — (Bull. Soc. Obst. et Gyn., oct. 1932).
- FABRE. — Les métrorragies émotives. Th. Paris, 1920.
- FORGUE et MASSABUAU. — Les métrorragies de la ménopause. (Presse Méd., 28 sept. 1912).
- GABORIAU. — Contribution à l'étude des métrorragies dites essentielles de la ménopause. Th. Paris, 1919.
- GOUTALLIER. — Contribution à l'étude des métrorragies après la ménopause. (Th. Paris, 1931).
- HAMANT et MOSINGER. — (Bull. Soc. Obst. Gyn., juillet 1930).
- HENKEL. — (Deutsche Méd. Woch. 27 mars 1925).
- KLEIN. — (Münch. Méd. Woch., 2 nov. 1923).
- KREIS et RIGAUT. — (Gyn. et Obst., 1930, t. 21, p. 32).

MARTINDALE. — (Lancet, 22 février 1930).

MICHON. — (Rev. fr. Gyn. et Obst., avril 1930).

MOUCHOTTE. — Syphilis utérine tardive et métrorragies. (Rev. fr. Gyn. et Obst., janvier 1923).

MOULONGUET. — Diagnostic et traitement des hémorragies de la ménopause. (Rev. crit. Path. et Thér., mars-avril 1933).

MURET. — (Gyn. et Obst., avril 1927).

OZENNE. — La syphilis tertiaire de l'utérus in Etudes de Gynécologie clinique et opératoire de Dôlésis, Petit-Dutaillis et Roulland. Paris, 1926.

SELLHEIM. — (Münch. Med. Woch. 23 nov. 1923).

SEJOURNET. — Les hémorragies de la syphilis tertiaire de l'utérus. (La Gynécologie, déc. 1923).

SIREDEY. — Les hémorragies de la ménopause. (J. de Méd. et de Chir. prat., 10 novembre 1930).

VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes. Paris, 1928.

VIGNES. — (Rev. crit. Path. et Thér., 1931, p. 637).

VINAY. — La Ménopause. Paris, 1912.

